ROK XIII MAJ 1933 Nr. 5 (125)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

DR. M. BRZEZIŃSKI
Lekarz Dentysta.
WARSZAWA.

Postępy zębolecznictwa zachowawczego w XX w.

(Dokończenie)

M ü n c h używa przy chronicznych zapaleniach ozębnej wstrzykiwania jodozolu, — kolloidalnego rozczynu jodoformu w okolicę przywierzchołkową. Oprócz tego wstrzykuje on przez kanał korzeniowy w okolicę przywierzchołkową rozczyn chlor-kamfory. Celem tego postępowania jest jakoby zwalczanie drobnoustrojów w tej okolicy. Podług L e v y e g o i S c h r ö d e r a. ziarniniaki i nawet torbiele wyleczone być mogą drogą dokładnego wyleczenia korzeni, o ile kanały ich są drożne. Do poparcia leczenia Levy używa naświetlania radem. Autor ten stwierdza, że 90 proc. schorzeń ozębnej wyleczone być mogą przy pomocy terapji promieniowej. W e h l a u leczy zapalenia ozębnej lampą „Sollux". B ö t t c h e r w przypadkach tych używa stałego prądu elektrycznego.

Podług P o r d e s a celem leczenia promieniami jest nietylko podniesienie żywotności tkanek, lecz i ich niszczenie. Podług badacza tego, utrata nacieku komórkowego wcale nie jest szkodą, lecz znaczną pomocą leczniczą.

10. P a r a d e n t o z a.

Pomimo wielkich postępów w dziedzinie anatomji patologicznej schorzeń paradentalnych, możemy obecnie przy zwalczaniu tych procesów postępować jedynie symptomatycznie.

Y o u n g e r w r. 1901 widzi w paradentozie chorobę lokalną, obecnie zaś wiemy, że jest to cały kompleks schorzeń, przy którym czynnik endogenny, konstytucyjny odgrywa wielką rolę.

Zachowawcze leczenie schorzeń paradentalnych brane być może pod uwagę szczególnie przy początkowych procesach przyszyjkowych, gdyż w okresie dalszym wciągnięte być może tylko. jako czynnik pomocniczy.

Nowoczesne leczenie schorzeń paradentalnych na drodze zachowawczej rozpada się na:

1) leczenie mechaniczne,
2) " lekarstwami,
3) " fizykalne,
4) " wewnętrzne,
5) " po chorobowe. (Nachbehandlung).

Poniżej omawiane będzie leczenie zachowawcze z wyłączeniem leczenia wewnętrznego.

a) Z a p o b i e g a n i e.

Jak i w całem zębolecznictwie, zapobieganie, szczególnie w schorzeniach paradentalnych, uważane jest w XX wieku ,jako czynnik najważniejszy. Szczególnie tu wielką wartość mają ogólne zasady racjonalnego pielęgnowania zębów i jamy ustnej. Wielki nacisk położony jest na współpomocy pacjenta.

b) L e c z e n i e m e c h a n i c z n e.

Przed laty głównem staraniem przy tem leczeniu było usuwanie widocznych mas kamienia nazębnego. Obecnie wiemy, że twardy osad usunięty być musi jaknajdokładniej. Szereg instrumentów Y o u n g e r a, M o r s e g o i in. umożliwiają usuwanie najmniejszych poddziąsłowych części kamienia nazębnego. Celem poparcia mechanicznego usuwania osadów, podane są rozmaite lekarstwa. Mają one za zadanie chemiczne rozpuszczanie niewidocznych części kamienia. Younger zaleca kwas mleczny. Witkowski podaje preparat „Naxolith", służący do zmiękczania kamienia nazębnego przed mechanicznem jego usuwaniem. Podług S c h a l i t a „Naxolith" zawiera fluorki organiczne, które w połączeniu z wodą lub śliną wolno się rozkładają i wydzielają kwas fluorowodorowy. Kwas ten ma rozsadzać kamień

nazębny. Szereg instrumentów umożliwia gładzenie korzeni obnażonych, oczyszczonych z kamienia. Sachs wprowadza pojęcie: „curettage" kieszonek, — mechaniczne — usuwanie z kieszonek pasorzytującej ziarniny i zmartwiałych nabłonków. Do tego celu poleca on odpowiednie instrumenty.

e) Leczenie lekarstwami.

Jeszcze na początku XX wieku leczenie paradentoz lekarstwami (chemicznie curettement podług Rebla) przeprowadzone było wyłącznie prawie kwasami. Miały one na celu zwalczanie drobnoustrojów w kieszonkach. W czasach nowszych poleca się lekarstwa, działające tylko na tkanki miękkie, nie niszczące substancji zębowej. Kerkhoff zaleca swoją pastę paradentozową, której głównym składnikiem jest kokaina i kalium-hydricum. Schwarz wprowadza trójkrezolformalinę do niszczenia ziarniny i nabłonków w kieszonkach. Schwarz lekarstwo swe stosuje przy pomocy zwitków z waty, gdy Hübner używa do tego celu igieł Millera z nawiniętą watą. Dzięki modyfikacji tej trójkrezolformalina dokładniej może być dozowana i głębiej wprowadzona do kieszonek. Podług Willnera przy leczeniu tem stwierdzić można „szybkie wyschnięcie wysięku oraz kurczenie się dziąsła gąbczastego, wzmacniającego się dzięki następowemu zbliznowaceniu". Oestmann zaleca przyżeganie kieszonek etylowym kwasem siarkowym. Zilz wbrowadza do zębolecznictwa salwarsan stosowany przy leczeniu paradentoz drogą zwalczania spirochetozy. Beyer, Kümmel i in. zalecają stosowanie domięśniowe lub dożylne neosalvarsanu bez żadnego leczenia miejscowego. Clemm po oczyszczeniu kieszonek przemywa je codzienne płynem: Neosalvarsan 0,3, Sirup. Simpl. 30,0.

Jednem z najtrudniejszych zadań przy zachowawczem leczeniu paradentoz jest zatrzymanie leczniczego działania lekarstw na czas dłuższy w kieszonkach. Dunlop tworzy metodę przy której znajdują zastosowanie parafina, maść i tlen. Parafina służyć ma jako opatrunek uciskowy, maść — do zwalczania zapalenia. Zadaniem tlenu jest tu wywołanie przekrwienia tętniczego, wspierając w ten sposób dodane lekarstwa.

d) Leczenie fizykalne.

Römer poleca wypalanie kieszonek przy pomocy żegadła Ściąganie bliznowate, powstające po wypaleniu jest jakoby tak mocne

że rozchwiane zęby znów się wzmacniają. Pozatem Römer upatruje w tworzącym się węglu z krwi czynnik leczniczy. Podług Blusta ważnem jest połączenie leczenia miejscowego z naświetlaniem promieniami ultrafioletowemi. Uzyskane tą drogą przekrwienie wywiera wpływ ożywczy na działalność tkanek. Podług Zilsa w miejscowem zastosowaniu prądu o wysokiem napięciu posiadamy nieszkodliwy czynnik terapeutyczny do leczenia tkanek paradentalnych, a czynnik ten opiera się na wykazalnem podłożu fizjologiczem.

e) Leczenie pochorobowe.

Chodzi tu o jaknajwiększe zwrócenie uwagi na pielęgnowanie zębów i jamy ustnej. Do osiągania zdrowego stanu dziąsła zalecany jest masaż. Szczególnie masaż wibracyjny znajduje tu wielkie zastosowanie. Podług Hübnera unikać należy wszystkich pokarmów, tworzących na zębach trudny do usunięcia osad (miękki chleb, czekolada i t. d.) Natomiast używać trzeba środków spożywczych, przyczyniających się do samoczyszczenia uzębienia (chleb żytni).

Przed XX wiekiem biegłość rękodzielnicza była główną podstawą działalności lekarsko - dentystycznej. Obecnie, lekarz-dentysta również obejść się nie może bez tej biegłości, w istocie jednak działalność jego zbudowana być musi na podstawach naukowych. Jeśli nie chce być partaczem, posiadać musi rozległą wiedzę z dziedziny biologji i patologji.

Zębolecznictwo rozrosło się pod każdym względem i osiągnęło poziom specjalności poważnej, nie ustępującej w niczem innym specjalnościom lekarskim. Aczkolwiek zawód nasz kroczy specjalnemi poczęści drogami, jest on, nierozerwalny od medycyny ogólnej, gdyż działa podług praw przez nią wytkniętych. Jeśli medycyna ogólna specjalność naszą traktowała do niedawna po macoszemu, to obecnie o stosunku takim nie może być mowy. Nastąpiło to zwłaszcza od czasu zapoczątkowania badań nad t. zw. zakażeniem ustnem i schorzeniami paradentalnemi. Również profilaktyka, — czynnik uznany ostatnio w medycynie za najważniejszy, stosowany jest w zębolecznictwie w całej rozciągłości. Do zagadnień podstawowych całego zębolecznictwa należy bez wątpienia kwestja leczenia korzeni. Byłoby bardzo pożądanem, aby cały kompleks tego zagadnienia za jednym razem sprowadzić do ostatecznego rozwiązania. Niejasność jednak spraw, z zagadnieniem tem związanych pod względem czasu i miejsca, powodują

to, że metoda najnowsza notująca pewne, dobre wyniki, absolutnej pewności w wynikach tych niestety nie wykazuje. Z tych powodów nie zupełnie właściwym wydaje mi się kierunek, który obrać chciała komisja do badań naukowych przy F. D. I. w r. 1927 do wyświetlenia wspomnianego problematu drogą międzynarodowego konkursu. Cała działalność nasza wykazuje nowe zdobycze dzięki postępom w dziedzinie delikatnej anatomji zębów, które uzyskane zostały w XX wieku. Wierzę, że cały problemat leczenia korzeni wówczas będzie rozwiązany, gdy kwestje anatomiczne i biologiczne zęba i jego okolicy znajdą dostateczne swoje wyjaśnienie. Dlatego też, mojem zdaniem, na drogę właściwą wstąpiono przez założenie Towarzystwa Anatomji Zębowej.

Niech mi wolno będzie w tem miejscu spełnić miły obowiązek podziękowania nauczycielowi mojemu, Panu Profesorowi Doktorowi W. Bruckowi za łaskawe wyznaczenie mi tematu.

ŹRÓDŁA

1) Adloff: O.z.W.[1]) 1925 Nr. 9. 2) Adrion: Z.R.[2]) 1926 Nr. 27. 3) Albrecht: D.M.f.Z.[3]) 1913 Nr. 7. 4) Albrecht D.z.W. 1914 Nr. 3. 5) Andressen: Schw.V.f.Z.[4]) 1910 Nr. 4. 6) Arkövy: Ost.U.V.f.Z.[5]) 1911 Nr. 3. 7) Asgis: Americ. d. s. 1927 Nr. 10, ref. D.M.f.Z. 1928 S. 205. 8) Bauchwitz: Z.R. 1901 Nr. 489. 9) Baker: Americ. d. s. 1926 Nr. 4, ref. D.z.W. 1926 S. 266. 10) Back: D.z.W. 1928 Nr. 22. 11) Babini: La Stomatologica 1926 Mai, ref. D.z.W. 1926 Nr. 20. 12) Baumgartner: D.M.f.Z. 1909 S. 837. 13) Becker: Z.R. 1929 Nr. 28. 15) Bayer: Z.R. 1918 Nr. 27. 15) Blust: Z.R. 1923 Nr. 7/8. 16) Böttcher: Z.R. 1909 Nr. 44. 17) Boennecken: D.M.F.Z. 1902 Nr. 11. 18) Boennecken: Z.R. 1910 Nr. 26. 19) Brennejsen: Przegląd Dent. Nr. 6. 20) Bruck: D.M.f.Z. 1902 Nr. 2. 21) Bruck: D.M.f.Z 1907 S. 74. 22) Bruck: Z.R. 1923 Nr. 17/18. 23) Clemm: Z.R 1920 Nr. 4. 24) Dorn: D.z.W. 1901 Nr. 31. 25) Dependorf

---

[1]) D.z.W. = Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift.
[2]) Z.R. = Zahnärztliche Rundschau.
[3]) D.M.f.Z. = Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde.
[4]) Schweizersche Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde.
[5]) Oesterreich - Ungarsche Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde.
[6]) Deutsche Zahnheilkunde.
[7]) Korrespondenzblatt für Zahnheilkunde.

D.M.f.Z. 1913. 26) Endrell: Z.R. 1925 Nr. 33. 27) Euler: D.z.W. 1923 Nr. 6. 28) Euler: D.Z.[6]) 1921 Nr. 47. 29) Euler Kor[7] Bl.f.Z.[7]) 1909 Nr. 11. 30) Eckmann: Schw. M.f.Z. 1924 Nr. 11. 31) Egli: D.M.f.Z. 1928 Nr. 3. 32) Elander: D.M.f.Z. 1914 Nr. 7. 33) Eisex: Z.R. 1924 Nr. 34. 34) Freng u. Bergves: Z.R. 1923 Nr. 25/26). 35) Feiler: Kor.f.Z. 1929 S. 373. 36) Fuyt: Z.R. 1902 Nr. 520. 37) Fenchel: Z.R. 1909 Nr. 14. 38) Friedmann: D.M.f.Z. Jg. XVIII Nr. 1/2. 39) Feldmann: D.M.f.Z. 1926 S. 729. 40) Fischer: D.M.f.Z. 1923 Nr. 13. 41) Fischer: Z.R. 1924 Nr. 24. 42) Fischer: D.z.W. 1924 Nr. 15. 43) Frohmann: D.M.f.Z. 1907 S. 153. 44) Günter: Z.R. 1902 Nr. 517 45) Greth: D.z.W. 1928 Nr. 18. 46) Gottlieb: F.d.Z.[8]) 1928 S 419. 47) Godejohann: Z.R. 1908 Nr. 34. 48) Greve: F.d.Z. 1925 S. 561. 49) Hartmann: D.z.W. 1930 Nr. 2. 50) Hirschfeld: D. M. f.Z. 1900 Nr. 8. 51) Heinze: D.M.f.Z. 1924 Nr. 1/2. 52) Hübner: Z.f.St.[9]) 1928 Nr 2. 53) Hoffendahl: D.z.W. 1910 S. 571. 54) Hille: Z.R. 1926 Nr. 24. 55) Kantorowicz: Z.R. 1925 Nr. 28. 56) Kadisch: Z.R. 1924 Nr. 32. 57) Kersting: Z.R. 1904 Nr. 13. 58) Kerkhoff: Z.R. 1928 Nr. 37. 59) Kieffer: D.z.W. 1928 S. 537. 60) Krasa: Z.f.St. 1922 Nr. 6. 61) Knoche: Z.R. 1921 Nr. 19. 62) Kurkiewicz: Z.R. 1912 Nr. 33. 63) Kümmel: Z.R. 1917 Nr. 51. 64) Kleinsorgen: Z.R. 1907 Nr. 4.6 5) Küster und Weisbach: D.M.f.Z. 1913 S. 123. 66) Lohmann: Z.R. 1913 Nr. 38. 67) Lehmann: Z.R. 1928 Nr. 39. 68) Luniatschek: D.z.W. 1912 Nr. 2. 69) Lewin: Z.R. 1924 Nr. 17. 70) Lewin: Z.R. 1927 Nr. 29. 71) Levy: Z.R. 1924 Nr. 20. 72) Mammlock: Z.R 1928 Nr. 5. 73) Mammlock: Z.R. 1929 Nr. 46. 74) Mammlock: Z.R. 1924 Nr. 11/12 75) Mayer: Z.R. 1928 Nr. 49. 76) Mayrhofer: Erg.d.ges.Z.[10]) 1914 Nr. 1. 77) Marks: Z.R. 1924 Nr. 22. 78) Mokrzycki: Przegląd Dent. 1931 Nr. 6. 79) Münch: Z.R. 1928 Nr. 36. 80) Müller: Schw. M.f.Z. 1924 Nr. 6. 81) Memmelsdorf: Z.f.Z. 1910 Nr. 82) Megay: D.M.f.Z. 1907. 83) Oestmann: V.f.Z. 1925 S. 58. 84) Priester: D.M.f.Z. 1928 S. 1089. 85) Port-Euler: Lehrb.d.Z. 1929 S. 500. 86) Preiswerk: D.M.f.Z, 1909 S. 848. 87) Plowitz: Z.R. 1915 Nr. 46. 88) Philipp: Z.R. 1926

[8]) F.d.Z. = Fortschrifte der Zahnheilkunde.

[9]) Z.f.St. = Zeitschrift für Stomatologie.

[10]) Ergebnisse der gesammten Zahnheilkunde.

S. 429. 89) Partsch K.: H.d.Z.[11]) 1924 S. 403. 90) Quintin: Z.R. 1901 S. 8167. 91) Radosević: D.M.f.Z. 1927 S. 167. 92) Röse: D.M.f.Z. 1901 S. 570. 93) Rohrer: Z.R. 1924 Nr. 33/34. 94) Rosenfeld: Z.R. 1924 Nr. 8. 95) Rapper: Sekt. of Radiodont ref. D.z.W. 1928 S. 668. 96) Rosenow: V.f.Z. 1924 Nr. 4. 97) Rebel: D.z.W. 1923 Nr. 9/10. 98) Ristow: Z.R. 1928 Nr. 41. 99) Sachs: D.M.f.Z. 1900 S. 270. 100) Sachs: D.M.f.Z. 1907 S. 71. 101) Sachs: Z.R. 1924 Nr. 20. 102) Salomon: Z.R. 1927 Nr. 37. 103) Schröder: Kor.f.Z. 1905. 104) Schröder: Z.R. 1924 Nr. 15. 105) Schröder: Z.R. 1926 Nr. 5. 106) Schröder: V.f.Z. 1924 Nr. 4. 107) Spanier: Z.R. 1927 Nr. 8. 108) Scheer: Z.R. 1928 Nr. 14. 109) Scheuer: Z.R. 1905 Nr. 41 110) Scheuer: Z.R. 1920 Nr. 44. 111) Schalit: Kor.f.Z. 1928 S. 11. 112) Schalit: Z.R. 1910 Nr 46. 113) Schwarz: Oest.V.f.Z. 1917 Nr. 3. 114) Sturm: Z.f.St. 1927 Nr. 10. 115) Sicher: Z.f.St. 1922 Nr. 7. 116) Sommer: Z.R. 1924 Nr. 5/6. 117) Sommer: D.z.W. 1927, März. 118) Schönlank: Z.R. 1921 Nr. 24. 119) Torger: Z.R. 1910 Nr. 31. 120) Türkheim: 122) Vajna: Z.R. 1902 Nr. 545. 123) Vajna Z.R. 1928 Nr. 49. D.M.f.Z. 1922 S. 257. 121) Trebitsch: Z.R. 1929 Nr. 24. 124) Walkhoff: Lehrb.d.kons. Z., Berlin 1922. 125) Wallach: Z.R. 1929 Nr. 24. 126) Wannemacher: D.z.W. 1928 S. 361. 127) Witzel: Z.R. 1901 Nr. 491. 128) Witzel: Z.R. 1902 Nr. 500. 129) Wehlau: Z.R. 1928 Nr. 37. 130) Wehlau: Z.R. 1926 Nr. 6. 131) Wildauer: Z.R. 1906 Nr. 42. 132) Willner: Kor.f.Z.)1928 S. 47. 133) Werkenthin: Z.R. 1928 Nr. 7. 134) Wolff: Z.R. 1912 Nr. 5. 135) Zilz: Oest.U.V.f.Z. 1911 Nr. 3. 136) Zierler: Z.R. 1900 Nr 413. 137) Zielinsky: D.z.W. 1909 S. 558. 138) Zsigmondy: Z.R. 1910 Nr. 39.

[11]) Handbuch der Zahnheilkunde.

Dział streszczeń

PROF. DR. G. L. FELDMAN. „Praktyczne wskazania do wykonania poleconego przezemnie aseptycznego sposobu leczenia zapalenia zębów autowszczepem". (Praktische Anweisungen zu der von mir empfohlenen Methode der aseptischen Behandlung von Zähnen mit entzindeter Pulpa durch ein autogenes Implantat). Zahnärztliche Rundschan r. 1933. — Nr. 29.

Po opublikowaniu pracy „Nowe drogi leczenia zapalenia miazgi zębów" w pierwszym kwartale 1932 r. w języku niemieckim i rosyjskim[1]), autor zasypany został licznemi zapytaniami i prośbami podania praktycznych wskazówek postępowania jego sposobem leczenia autowszczepem, którego główne teoretyczne uzasadnienie prowadzi do wyrzeczenia się poglądów, wpojonych w nas teorją przeciwgnilną. *Polowanie na drobnoustroje w tkankach ludzkiego i zwierzęcego ustroju z pomocą całego arsenału materjałów bakterjologicznych, ze względu na nikłe wyniki, musi być zarzucone. Że środki odkażające zabijają nietylko drobnoustroje, ale i tkankę — okoliczność ta, spowodowała w chirurgji poddanie rewizji zasad głównych traktowania zakażonych ran.*

NASZ ODWRÓT OD PREPARATÓW ODKAŻAJĄCYCH.

Środki odkażające mają w zachowawczem zębolecznictwie zastosowanie bezporównania szersze aniżeli w chirurgji. Nigdy chirurdzy nie uciekali się do stężonych odkaźników przy najbardziej zakażonych ranach. jak to ma miejsce w odontologji. Phenol, thymol, formalina eugennol, trikreosol i inne żrące i niszczące tkanki chemikalje, w stężonych rozczynach, są tak samo niezbędnemi, jak pincetka, zgłębnik i lusterko.

Manewrowanie odkażającym materjałem w ubytkach próchnicowych, bez uwzględnienia przepuszczalności zębiny, przeważnie prowadziło i prowadzi do uśmiercenia miazgi. Nasze spostrzeżenia kliniczne szczególnie zaznaczają lekkomyślność traktowania zapalenia miazgi według *fałszywego uzasadnienia, że uszkodzona i zapalona miazga jest organem straconym.*

Prawidło to przyjęte jako pewnik, odegrało smutną rolę w historji leczenia zapalenia miazgi. Właśnie zawdzięczając temu poglądowi,

---

[1]) Streszczenie w „Przeglądzie Dentystycznym" 1932 r., Nr. 9.

uśmiercamy miazgę arszenikiem, a z jej pozostałości w kanałach staramy się rozmaitemi chemikaljami zrobić garus. Zastąpiono As_2O_3 znieczuleniem nie w celu oszczędzenia choćby cząstki żywej miazgi, lecz dla uniknięcia działania arszeniku na przywierzchołkową ozębną. Pozostałości uśmierconej miazgi w korzeniach starano się utrwalić mumifikacyjnemi pastami, aby je unieszkodliwić dla sąsiadującej ozębnej Ani pierwsze, t. j. mumifikacja, ani drugie, t. j. ochrona ozębnej nie zostało osiągnięte. Ocalałe od działania arsenu resztki miazgi znekrotyzowała pasta. Zmumifikowane resztki miazgi wessała ziarnina ozębnej, bujająca w kanał przez otwór szczytowy. Obecnie ostygła gorliwość nawet gorących zwolenników systemów odkażających. Ograniczają się oni do stosowania dopuszczalnych nie drażniących past, co, jednak, jest tylko samooszukaniem.

PAST NIEDRAŻNIĄCYCH NIEMA.

Nie ma środka śród leków arsenału odontologicznego, któryby stosowany samoistnie lub w postaci domieszki, nie spowodował nekrozy tkanki, z którą się bezpośrednio styka i nie drażnił pośrednio przyzębia. Wszak spowodowanie nekrozy pozostałości miazgi nie jest grzechem, a wypełnienie pastą komory i kanałów jest już w pierwszych praktycznych zajęciach klinicznych uczelnią wskazane.

Takie postawienie leczenia usprawiedliwia się panującemi poglądami z biologji miazgi.

„Uszkodzona miazga jest organem straconym": To mylnie uzasadnione twierdzenie było zgubą leczenia miazgi. Dziś już wiemy, że twierdzenie to było błędnem. Mieliśmy sposobność to dowieść w Vjschr. f. Zahnheilk. 1932 r. Nr. 2 i 3, że *amputowana miazga nie ginie o ile ją nie opatrujemy odkażającemi i mumifikującemi pastami.* Widzimy, że pozostała po amputacji koronkowej miazgi jej część korzeniowa żyje i zachowuje swe własności biologiczne.

Tak dalece, że amputowana miazga pokryta samorodnym wszczepem z pyłu zębinowego, tworzy wkrótce bliznę charakteru kostnego, która wrastając wgłąb, stopniowo, drogą przerzutów przetwarza kikut miazgowy w kostniwowe zatykadło.

Przekonano się, że nawet ropiejące zapalenie miazgi nie przeszkadza wytworzeniu się po amputacji autowszczepu i następnego przekształcenia kikuta w kostniwowe zatykadło. Uszkodzona i ropnoza-

palna miazga nietylko nie ulega zniszczeniu, ale po amputacji jest w stanie być czynną, o ile ją środkami odkażającemi nie dobijamy.

Autor twierdzi, iż rola różnych past, stosowanych w zębolecznictwie nie została wyjaśnioną. Jeżeli chodzi o zakonserwowanie pozostałej przy życiu miazgi korzeniowej po amputacji, to każda ze znanych nam past wcześniej, czy później ją życia pozbawi — nekroza. Jeżeli w zamiarze ochrony od zakażenia miazgi stosuje się pastę, to wszak pasta, tępiąc drobnoustroje, również upośledza i tkankę, którą chronić należy. Czy nie lepiej tedy przewidziane drobnoustroje izolować w kanalikach nawet przez zacementowanie bez jakiejkolwiek pasty? Może wierzy się w uzdrawiające działanie pasty. Również niezrozumiałem jest posługiwanie się pastą po uśmierceniu miazgi. Miazga, pozbawiona życia, czy znekrotyzowana, nie może pozostać w sąsiedztwie zdrowej, czy chronicznie zapalnej ozębnej, nawet gdy jest rzekomo zmumifikowana, co nigdy nie ma miejsca. W tym stanie pozostałość miazgi ulega w krótkim czasie rozessaniu przez wzrastającą tkankę ozębną, gdyż zgodnie z prawem biologicznem, każda znekrotyzowana tkanka w żywym ustroju rezorbuje się przez otaczające zdrowe tkanki. Żadna pasta nie jest w stanie przeciwstawić się temu naturalnemu procesowi biologicznemu. Uchronić od tego, może, tylko przypadkowe zrośnięcie się (obliteratio) szczytowego otworu. Przeto nie jest się w stanie pozostałości żywej miazgi zachować, ani uśmiercić zapomocą jakiejkolwiek pasty mumifikującej. Twierdzenie takie po wzięliśmy na podstawie dużego materjału klinicznego i doświadczalnego w ciągu lat kilku. Postępowaliśmy w ten sposób, że amputowaną miazgę pokrywaliśmy cementem z domieszką jodoformu, tak samo wypełnialiśmy kanały wymiażdżone. Domieszka jodoformu należy do hołdowanej przeszłości, obecnie wyrzekliśmy się wszelkich odkażających domieszek. Na podstawie tych wszystkich rozważań prowadzimy

LECZENIE ZAPALENIA MIAZGI PRZEZ AUTOWSZCZEPIENIE

w następujący sposób: Po rozpoznaniu *„pulpitis"* wyjąwszy *pulpitis totalis, purulenta* jak również *pulpitis aperta* ze spustoszoną koroną przez próchnicę lub ze znacznie obnażoną i uszkodzoną miazgą możliwie pod znieczuleniem miejscowem ew. po jednodniowem działaniu arszeniku, a 2—3-dniowem Kobaltu przy wielokorzeniowych zębach, oczyszczamy doszczętnie ubytek próchnicowy, który jeszcze przed nałożeniem arszeniku należy możliwie oczyścić. Przed otwarciem komory należy ząb obłożyć jałowemi wałkami waty, okolicę otworu

zmyć rozczynem fizjologicznym i alkoholem — pożądane jodynowanie. Wyjałowionemi wiertłami i instrumentami otwiera się komorę i amputuje miazgę. Komorę należy przemyć strzykawką z fizjologicznym rozczynem przestrzegając niezamykania ust. Do przemywania można posługiwać się uprzednio przygotowanemi tamponikami nasyconemi fizjologicznym rozczynem soli lub wodą utlenioną. Unikać suszenia powietrzem; obezwodnić można suchemi jałowemi tamponikami, albo nasyconemi alkoholem. Po obnażeniu otworów wejściowych do kanałów, przystępujemy do *ich pokrycia zębinopochodnym wszczepem z wiórków zębinowych. Czystem wyjałowionem wiertłem Nr. 4, 5, ostrożnie ze ścian ubytku, tylko nie z dna komory, aby uniknąć perforacji, zeskrobujemy nieznaczną ilość pyłku zębinowego, wystarczającą na pokrycie wejściowego otworu kanału.* Zapomocą upychadła cienkiego nasuwa się ów pyłek na kikut, unikając ucisku instrumentów. Nawarstwienie zębinowe pokrywa się cementem fosfatowym, którym wypełnia się i komorę, a następnie ubytek dogodnem stałem wypełnieniem Cement należy rozrobić rzadki, aby uniknąć uciskania miazgi upychadłem. Przy amputowaniu pod znieczuleniem, należy wiertłem okrągłem Nr. 3—4 wnijść wgłąb otworu kanałowego na jeden do dwuch mm. i tyleż z miazgi usunąć. Zabiegiem tym zabezpieczamy kikut od ew. drażnień termicznych powstać mogących od zęba. Do głębokiej amputacji należy się uciec w przypadkach ropienia i schorzenia całej miazgi koronowej. Po usunięciu z głębi kanałów miazgi, pokrywa się pozostałość pyłem zębinowym, cementem i ostatecznem wypełnieniem.

W żuchwie zabieg ten wykonywa się łatwo. Pyłek zębinowy trzyma się dobrze. W górnej szczęce odwrotnie, przy pionowej pozycji głowy, pyłek spada. Aby tego uniknąć, należy głowę przechylić nieco ku tyłowi, a wnijście do kanału zwilżyć alkoholem, co ułatwia do utrzymania pokrycia. *Zęby, amputowane w znieczuleniu, wypełnia się na jednem posiedzeniu — po arszeniku w dwuch seansach.* Krwawienia po amputacji ustają w kilka minut po nałożeniu tamponików, nasyconych wodą utlenioną. Przy uporczywem krwawieniu należy komorę wypełnić jałowemi suchemi tamponikami, zamknąć fletscherem do następnego dnia, a po usunięciu tamponady przemyć wodą utlenioną w celu usunięcia skrzepów, przestrzyknąć alkoholem i nałożyć autowszczep.

Całe istrumentarium i wszelkie materjały należy przygotować jałowo. Materjał należy wprowadzić w otwór zębowy instrumentem, nie biorąc go ręką, ani dotykając do ust. Ręce dotykają tylko używanego instrumentu,

ŚCISŁA JAŁOWOŚĆ

w granicach wysokiej możliwości utrzymania w ustach, osiągnięta być musi. Ze środków, któremi się posługujemy, na stole są tylko: fizjologiczny rozczyn soli, woda utleniona i alkohol. Innych się nie używa. Nawet w przypadkach ropienia miazgi, przy głębokich wymiażdżeniach, unikamy wszelkich innych odkaźników, gdyż jak już o tem nadmieniono, odkażające środki w 24 godzin powodują spalenie, znekrotyzowanie pozostałej miazgi i chemiczne podrażnienie okołoszczytowego przyzębia.

Po głębokiej amputacji i przemyciu kanału, wypełniamy go na tem samem posiedzeniu i zamykamy ubytek na stałe. W ten sposób unikamy powikłanego podraźnienia ozębnej, tak często dawniej obserwowanego. Wogóle przy wszelkich postaciach zapalenia miazgi wymagających ekstyrpacji, koniecznem jest bezzwłoczne wypełnienie kanału samym cementem. Wypełnienie jakimkolwiek odkażającym środkiem jest bezcelowe. Wiemy, iż w razie istnienia zakażenia w kanalikach zębiny, opatrunek odkażający w ciągu 24 godzin jej nie wyjałowi, ale wystarczyć to może na podrażnienie ozębnej. Wypełnienie kanału cementem zablokowuje kanaliki zębinowe, zatrzymuje drobnoustroje i przeszkadza ich przenikaniu w sąsiadujące przywierzchołkowe tkanki. Dowodzi temu to, że dobrze zacementowany kanał do szczytowego otworu, nie daje recydywy po rezekcji wierzchołka Ponadto cement nie drażni ozębnej.

Przy amputowaniu miazgi z następującym pokryciem autowszczepem wynurza się pytanie, czy się tym zabiegiem nie wnosi zakażenia. Jak wyłuszczyłem przed otwarciem komory ubytek próchnicowy zostaje oczyszczony doszczętnie, miazga amputowana głęboko, komora wyjałowiona, pyłek zębinowy pobrany z wyjałowionych ścian komory. Czy cement używany do wypełnienia nie jest zakażony? Liczne porcje Fletschera i cementu fosfatowego badane przez nas wykazały zupełną jałowość.

Czy można posługiwać się autowszczepem i u

DZIECI?

Tu godzi się zaznaczyć, że właśnie zęby stałe u dzieci są najwłaściwszym objektem do mojego systemu. Wogóle im młodszy organizm, im mniej czasu upłynęło od uformowania się korzeni, tem plastyczniejszą jest miazga i przeto istnieją większe możliwości budowania kostniwowej tkanki. Przez całe życie miazga buduje zębinę i coraz

bardziej ścieśnia komorę i kanały. Szczególnie wybitnie zaznacza się to w młodym organizmie w odpowiednich warunkach, t. j. przy obecności materjału plastycznego w postaci pyłu zębinowego, tu mamy możność przekonania się, jak w szybkim tempie amputowana miazga pokryta autowszczepem, zakrywa się kostniwową blizną. Stosowanie środków odkażających w młodych zębach potęguje nasze zawinienie. Utrzymanie przy życiu choć części miazgi jest koniecznem dla zabudowy korzeni młodych zębów. Tolerując stosowanie kobaltu w młodych zębach należy skracać jego działanie, aby nie przesiąkł w głąb miazgi korzeniowej. Jasnem jest, że następne przyżeganie miazgi środkami odkażającemi po jej amputacji będzie wyraźnem przestępstwem. Wogóle stosowanie arsenu na miazgę jest czasowo niezbędnem, koniecznem złem, które upośledza biologiczne zdolności miazgi i jej pozostałości po amputacji. Tembardziej przezornie i ostrożnie postępować należy ze stosowaniem arsenu w młodych zębach.

WSKAZANIA DO AMPUTACJI MIAZGI

nie odnoszą się do zębów przednich. Było się przeświadczonym o konieczności ekstyrpowania miazgi przednich zębów, wychodząc z założenia, iż należy doszczętnie wymiażdżyć ząb o ile on jest dostępnym. Technicznie, przednie zęby najwłaściwiej się nadają do ekstyrpacji. *My unikamy ekstyrpacji nie z powodu trudności wykona-*
zębach należy skracać jego działanie, aby nie przesiąkł w głąb miazgi
gdzie to tylko będzie możliwem, jako jedyną ochronę od zapalenia ozębnej. W myśl powyższego, posługujemy się przy leczeniu jedno i wielokorzeniowych zębów autowszczepem.

Kilka słów o

POWIKŁANIACH

przy naszym sposobie leczenia. Nieznaczny procent pacjentów użala się na bóle od gorąca i zimna, niekiedy znikające po kilku dniach, zdarza się jednak, że bóle trwają dłużej. Przyczyna tkwi w zbyt płytkiej amputacji, t. zn. miazga korzeniowa sterczy do komory. Należy ząb odplombować, sterczącą miazgę amputować na 1—2 mm. głębiej i ponownie nakryć autowszczepem i wypełnieniem. W przypadku rzadziej zdarzających się bólów spontanicznych, jak przy zapaleniu miazgi, należy wypełnienie usunąć, wprowadzić do kanału i komory wyjałowione tamponiki i zamknąć fletscherem. Bóle znikają i po kilku dniach można ząb wypełnić

jak poprzednio. Przyczyną tych bólów jest ucisk cementu upychadłem. Należy przeto *cement na pokrycie autowszczepu rozrabiać nie zbyt gęsty i takowy nałożyć ostrożnie nie uciskając instrumentem.*

Polecony sposób postępowania przy leczeniu zapalenia miazgi prowadzi do nowego ustosunkowania się do środków odkażających: wyrzeczenia się ich z wyjątkiem wody utlenionej i alkoholu; obowiązuje to nas do ścisłego przestrzegania jałowości. O ile dawniej, przy używaniu środków odkażających, tolerowano uchybienie zasadom aseptyki, obecnie jest to wcale niedopuszczalne. Nie ma miejsca na najmniejsze lekceważenie zasad aseptyki. Wniesione podczas leczenia zakażenia do miazgi korzeniowej, prowadzi do jej zatraty — dyskredytuje umiejętność wykonania i sam system. Nasza nadmierna gorliwość przy leczeniu dawniejszemi sposobami, przyczyniła się do zguby miazgi — przy obecnym systemie, można miazgę zmarnować lekceważeniem i niedokładnem przestrzeganiem zasad aseptyki.

Nie znaczy to, że należy stwarzać nowe warunki pracy, że przyrządy do zachowawczego leczenia należy zmienić i t. d. Jest tylko pożądanem, aby w miejsce antyseptyki, przestrzegano ściśle zasad aseptyki. *W takich tylko warunkach może autowszczep spowodować przemianę tkanki miazgowej w kostniwopochodną i organizowanie naturalnego biologicznego wypełnienia przewodu.*

Przytoczone doświadczenie nad autowszczepem, autor przeprowadził przy pomocy Komisji Popierania Uczonych. Pracę ilustrują liczne zdjęcia preparatów histologicznych.

Str. *Jan Gombiński*

DR. MAX i DR. HANS VOGT: Depresje psychiczne i samobójstwo młodzieży na skutek cierpień zębowo - szczękowych. (Depressionen und jugendlicher Selbstmord als Folge von Zahn — und Kieferleiden). Z. Rund. 1933 — Nr. 9, 10.

Nigdy jeszcze medycyna tak się nie „zbliżyła do człowieka", jak w latach ostatnich. Zaczęto bardzo interesować się psychiką pacjenta, jego duszą i wpływem tych dawniej przeoczonych prawie czynników na istotę choroby.

Medycyna dentystyczna, rozrastając się do rozmiarów potężnej wiedzy lekarskiej, również pominąć nie może czynnika psychicznego. Kto ma do czynienia z ludźmi, posiadać musi pewne zrozumienie psychologiczne. W ostatnich też czasach coraz częściej pojawiają się w literaturze fachowej publikacje, stwierdzające coraz bardziej znany nam

już dziś pewnik. że i lekarz-dentysta bacznem okiem objąć musi nietylko jamę ustną, lecz i całego pacjenta, jako człowieka chorego*). Coraz bardziej więc upada twierdzenie prof. Cieszyńskiego, że „stomatolog nie powinien być lekarzem dusz."

Sami autorowie na wstępie swej niezwykle ciekawej pracy zdają sobie sprawę ze zdziwienia czytelnika na widok samego tytułu. Praca powstała na skutek przypadku. zaobserwowanego przez inteligentnych autorów, tudzież wykładu prof. Graupp'a, dyrektora kliniki psychjatrycznej uniwersytetu tybindzkiego na temat „samobójstwa". Gaupp stwierdza, że głównym powodem samobójstwa nie stanowi t. zw. moment przyczynowy, lecz zaburzenia systemu nerwowego. Autor ten twierdzi: „Motyw opanujący świadomość samobójcy jest produktem czynnika patologicznego mózgu i czynnik ten jest właściwym powodem aktu samobójstwa". Statystyka wykazuje, że okres między 20 — 25 rokiem życia szczególnie predysponowany jest do samobójstwa. W związku z tem przypomnijmy sobie twierdzenie Hunter'a i Price'a: „Szlaki nerwowe uszkodzone zostają głównie przez ogniska infekcyjne; w wypadku szczególnej odporności innych organów ognisko to rozwinie działanie swoje w systemie nerwowym.

Badanie *oral sepsis* poucza nas, że najwięcej ognisk infekcyjnych znajdujemy w okolicy zębowej, zaś autorowie na zasadzie swych doświadczeń stwierdzają: zęby zatrzymane tworzą niebezpieczne ogniska w formie martwicy uciskowej (Drucknekrose). gdy są wklinowane wobec innego zęba. a ogniska te wykazują szczególną swą aktywność na wiosnę. Na różne, zadane sobie pytania celem wyświetlenia powyższego zagadnienia. między innemi kwestji aktualności sprawy w wieku 16 — 40, autorzy znajdują jedno rozwiązanie: sprawcą jest prawdopodobnie ząb mądrości, pojawiający się w tym właśnie wieku, a przez specjalne formy czaszki i szczęki takim ulec może wpływom, że jako ząb zatrzymany lub tylko wklinowany sprowadzać może powstanie ogniska infekcyjnego. Przypadek zrządził, że autorowie stwierdzić mogli zgodność swych przypuszczeń z rzeczywistością.

Przyp. 1 i 2. Dwie siostry dobrze zbudowane wzrostu wysokiego o czaszkach podłużnych cierpiały na silne bóle głowy i depresję psychiczną. Bóle głowy młodszej z sióstr zlokalizowane były po stronie

---

*) „Rady psychologiczne wpraktyce dentystycznej, Dr. H. Sachs, Berlin 1933 Berl. Verl. G. m. b. H., Badania grafologiczne charakterów pisma paradentyków, Dr. E. Heinrich, Z. R. 1933. Nr. 5, 6; Towarzystwo dla studjów psychologji dentystycznej, Z. R. 1933. Nr. 11).

lewej, a były tak silne, że musiała przerwać swój zawód i udać się na południe celem poratowania zdrowia. Wyjazd nie dał żadnego wyniku. Pacjentka zgłosiła się do autorów i ci stwierdzili mały korzeń, znajdujący się w szczęce górnej pod protezą mostową. Korzeń usunięto i mostek nanowo obsadzono. Bóle głowy ustąpiły. Sądzono, że chodziło właśnie o ten korzeń, gdy pacjentka zgłosiła się po dwóch miesiącach,— bóle głowy oraz stan depresji wróciły. Autorowie byli bezradni i jedynie dzięki przypadkowi odkryli przyczynę wspomnianych cierpień. Siostra pacjentki również przechodziła uporządkowanie jamy ustnej i przed ostatecznem wypełnieniem zęba otrzymała wkładkę gutaperkową. Pacjentka ta również uskarżała się na silną depresję, zaznaczając, że szczególnie od trzech dni (w okresie wkładek gutaperkowych) cierpi na silny ból głowy, że stale płacze. Autorom zaświeciła pewna idea. Niepostrzeżenie dla pancjentki usunęli wkładkę gutaperkową, a sami wyszli z pokoju ordynacyjnego. Po pięciu minutach pacjentka przywitała ich z radosnym uśmiechem. Chodziło widocznie o ucisk gutaperki na ubytek zębowy. Przeprowadzone u tej pancjentki zdjęcie rentgenowskie stwierdziło w prawej górnej szczęce zatrzymany ząb mądrości. Ząb ten usunięto. Pacjentce pierwszej zeszlifowano krążkiem karborundowym mostek tak, że wytworzyła się przestrzeń między mostkiem, a zębem sąsiednim. I w tym przypadku liczono się z uciskiem. Do dnia dzisiejszego obie siostry wolne są od wszelkich dolegliwości nerwowo-psychicznych. Inna pacjentka również cierpiała na bóle głowy i depresje, a kilkakrotnie popełnić chciała samobójstwo bez najmniejszych ku temu specjalnych powodów. Cierpienia ustąpiły po usunięciu wklinowanego zęba mądrości.

Przyp. 5. Autorom przekazano pacjenta, który od 1½ roku bezskutecznie leczył się na migrenę. Była ona tak silna, że kończyła się zwykle wymiotami. Autorowie sztucznie wywołać mogli u pacjenta tego napad migreny w ciągu 15 minut drogą wywierania silnego ucisku na górną szczękę opaską gumową. Z całą pewnością orzekli, że migrena jest tylko po stronie prawej, gdyż po stronie lewej ząb mądrości dawno był usunięty. I w tym wypadku ekstrakcja zdrowego zresztą zęba m. po stronie prawej uwolniła pacjenta całkowicie z jego cierpień.

W związku z przytoczonemi przypadkami stwierdzić można, że możnaby do wielu samobójstw, szczególnie u młodych, niedopuścić, gdyby lekarz i lek. dentysta „potrafili patrzeć w usta". Pozatem: mnóstwo chorych w wieku 16 — 40 roku życia, możnaby łatwo uwolnić od bólów głowy, bezsenności, depresji oraz nieczystości skóry, — gdy sprawcą jest ząb mądrości.

Spostrzeżenia powyższe znalazły świetne potwierdzenie drogą badania uzębienia pacjentów pewnego zakładu neurologicznego. Z ośmiu zbadanych (15 — 40 l.) znaleziono u sześciu pełne uzębienie z wyraźnem wklinowaniem zębów mądrości, a pozostałe dwie podały (wiek — 40), że nigdy nie miały zębów mądrości. Zęby te prawdopodobnie znajdowały się w szczęce; rentgenologicznie nie wyjaśniono. U cierpiących na depresję autorowie zwykle znajdowali wykwity skórne na brodzie.

O co właściwie chodzi w całem tem zagadnieniu? Chodzi tu o ognisko, naco już *acne* i inne wykwity wskazują. Drobnoustroje ogniska tego skierowane zostają na szlak odpowiedni, możliwie drogą ucisku ciążącego na nerwie zębodołowym. Zęby zatrzymane tworzą ogniska, ale wówczas tylko, gdy ząb taki napotyka ząb inny. Jeśli leży swobodnie w szczęce, nie napotykając przeszkody w rozwoju, wówczas nie tworzy ogniska. Mechanizm powstania takiego ogniska autorowie tłomaczą sobie w sposób następujący: zęby, spotykając się w szczęce (jeden z nich jest zatrzymany lub wklinowany), tworzą w miejscu zetknięcia martwicę uciskową. Przedtem jednak ma miejsce częściowe zapalenie ozębnej. W miejscu schorzałem gromadzą się łańcuszkowce z jamy ustnej, a w ognisku nekrotycznem powstaje niekiedy rozessanie pokaźnych rozmiarów.

Że wykwity skórne, wywołane tu są przez drobnoustroje, wskazuje przykład następujący: Pewna pacjentka w ciągu 25 lat cierpiała na *acne vulgaris*. Usunięto jej w dolnej szczęce ząb mądrości, pozbawiony miazgi i od tego czasu skóra tej pacjentki zupełnie się oczyściła. W związku z tem wspomniany jest przypadek 6. Chodzi o dziewczynkę. 11 letnią. która od trzeciego roku życia cierpiała na przewlekłą egzemę, występującą między innemi i na twarzy. Założono łuk językowy, celem rozszerzenia szczęki dolnej. gdyż przedtrzonowiec drugi z trudnością się wyrzynał. Po 14 dniach egzema zmniejszyła się, a w kilka tygodni później zupełnie ustąpiła, gdy ząb zajął odpowiednie swe miejsce (ustąpienie ucisku). Leczenie górnych, wklinowanych zębów mądrości może być rozmaite:

1) usunięcie tego zęba lub innego tej samej strony;

2) rozszerzenie całej szczęki górnej;

3) wielokrotne szlifowanie i separowanie, przez co utworzone zostają przestrzenie w okolicy trzonowców odpowiedniej strony. Przestrzenie te muszą oczywiście być odpolerowane.

Kazuistyka autorów wskazuje wyraźnie, że niezbędna jest współpraca lekarza, lek. dentysty i bakterjologa. Bez lekarza-dentysty niema medycyny nowoczesnej, a to już uznane zostało w Ameryce i Anglji. Zębolecznictwo odegra jeszcze w ogólnem lecznictwie wybitną rolę.

Dr. M. Brzeziński, Lek.-dent.

SPRAWOZDANIE KOMISJI HYGJENY POLSKIEGO NARODOWEGO KOMITETU MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU DENTYSTYCZNEGO

za czas od 1.VII.1932 do 1.VI.1933 r.

Okres sprawozdawczy cechuje wybitne osłabienie wysiłków na polu szerzenia zasad hygjeny. Domniemana przyczyna — powszechna apatja.

Z drobnych przejawów można zaznaczyć nawiązanie stosunków z Towarzystwem Trzeźwości, które wśród swych członków zaczęło szerzyć pojęcia profilaktyki stomatologicznej.

Ponieważ w jednem z dawnych sprawozdań była wzmianka o filmie propagandowym, należy zaznaczyć i teraz, że film taki był nakręcany; ze względu jednak na niski poziom naukowy i na wybitne cechy reklamy handlowej, na ostatecznym próbnym pokazie został przez przewodniczącego Komisji Hygjeny zdyskwalifikowany, jako mało mający związku z popularyzacją naukowych zasad hygjeny i profilaktyki stomatologicznej. Ponieważ wykonawca filmu, p. Lemejda żadnych przeróbek dokonać nie chciał, twierdząc, że kupcy, którzy film sfinansowali, są zeń zadowoleni, a Komisja Hygjeny na niezależny od niej finansowo film faktycznie nie miała żadnego, poza protestem słownym wpływu, film więc, o ile mi wiadomo, był w paru miejscach wyświetlany, bez powoływania się na Komisję Hygjeny F. D. I. Stan Kasy. Ponieważ w roku bieżącym żadnych wydatków nie było, więc w kasie pozostaje nadal wykazana w sprawozdaniu z dn. 25.VI.1932 r. suma zł. 89 gr. 5.

L. Brennejsen

Przewodniczący Komisji Higjeny Polskiego Narodowego Komitetu Międzynarodowego Związku Dentystycznego (F. D. I.).

Warszawa, 1.VI.1933.

Z listów do Redakcji

Otrzymaliśmy z prośbą o umieszczenie:

Warszawa, w maju 1933 r.

ODEZWA DO LEKARZY POLSKICH.

W znakomicie rozwijającej się medycynie zapobiegawczej poważny dział stanowi walka z alkoholizmem. Walka z tą wielką klęską społeczną ma tem większe znaczenie, że alkoholizm bezpośrednio i pośrednio przyczynia się do rozpowszechnienia i pogłębienia dwu innych wielkich chorób społecznych: gruźlicy i chorób wenerycznych

Lekarze biorą poważny i decydujący udział w zwalczaniu tych klęsk, pracując m. in. w specjalnych Związkach Przeciwgruźliczych i Przeciwwenerycznych. Natomiast bardzo mało robi się w dziedzinie walki z alkoholizmem — brak nawet ściśle lekarskiej organizacji przeciwalkoholowej.

Aby tę dotkliwą lukę wypełnić, powstała myśl założenia przy Polskiem Towarzystwie walki z alkoholizmem „Trzeźwość"

KOŁA LEKARZY ABSTYNENTÓW.

Inicjatorzy zwracają się do ogółu lekarzy polskich z zaproszeniem do zapisywania się na członków Koła.

Zgłaszający się powinni zobowiązać się:

1) do nieużywania przez cały czas należenia do Koła jakichkolwiek napojów alkoholowych tak w życiu prywatnem, jak i towarzyskiem;

2) do czynnego — w miarę możności — zwalczania alkoholizmu;

3) do płacenia rocznej składki członkowskiej w wysokości 8 zł. (każdy członek Koła otrzymywać będzie bezpłatnie miesięcznik „Trzeźwość").

Dr. Franciszek Cudny (Mińsk Mazowiecki), *Dr. Konstancja Kulejewska* (Wilno), *Dr. Aleksander Kuropatwiński* (Drohiczyn Poleski), *Dr. Stanisław Leszkiewicz* (Kowel), *Dr. Med. Stanisław Skalski* (Łódź). *Dr. J. Staniewiczowa* (Włocławek).

Zgłoszenia uprasza się kierować: Zarząd Główny Tow „Trzeźwość", Warszawa, Rynek Starego Miasta 38, m. 4. (tel. 441-07). Konto P. K. O. 270.

XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu Dział Wystawy „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna".

KOMUNIKAT

Podajemy do wiadomości, iż dział prasy i prac naukowych na wystawie „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna" powierzono p. Dr. Stanisławowi Konopce, kierownikowi Biura Propagandy Medycyny Polskiej w Warszawie, ul. Górnośląska 45, tel. 973-57.

Prosimy zwracać się z wszelkiemi zapytaniami w sprawie tego działu wystawy pod wyżej wymienionym adresem.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
(—) Prof. Dr. Karnowski

Przewodniczący Komisji nauk. wyst.
(—) R. F. Matuszewski

Sekretarz *(—) Dr. Luziński*

MIĘDZYNARODOWY KONGRES RAKOWY W MADRYCIE.

W czasie od 25 do 30 października r. b. odbędzie się w Madrycie kongres międzynarodowy, poświęcony walce z rakiem. Na Kongres ten wyrusza z Wiednia specjalna wycieczka, której członkowie korzystać będą z bardzo wybitnych zniżek kolejowych i licznych udogodnień w podróży. Ktoby pragnął w wycieczce tej przyjąć udział, zechce zgłosić się do redakcji pisma „Praktischen Karzinomblätter". Wiedeń IX. Bergasse 27. powołując się na niniejsze zawiadomienie

---

W Z M I A N K A

Powszechnie znana firma Jakób Baron w Warszawie produkuje 2 nowe metale szlachetne p. n. BAROR i PEDAG o doniosłem znaczeniu dla techniki dentystycznej. BAROR zastępuje wszystkie drogie metale szlachetne. jak platynę, b. z. i w szczególności złoto zwykłe. Zadaniem PEDAGU jest wyrugowanie z praktyki szkodliwych dla zdrowia metali nieszlachetnych, jak randolf i t. p. Dotychczasowe wyniki pracy z nowemi metalami szlachetnemi są bardzo dobre. Należy podkreślić bez zastrzeżeń. że BAROR stoi na tym samym poziomie użyteczności dla techniki dentystycznej co platyna i inne drogie metale. BAROR będąc wysokogatunkowym metalem szlachetnym czyni zbędnem stosowanie dla celów dentystyki drogich metali. zaś przez swą niską cenę umożliwia stosowanie uniwersalne tego metalu. Z drugiej strony PEDAG przez swoje zalety i bardzo niską cenę stać się winien dźwignią w zębolecznictwie szerokich mas mniej zamożnej sfery pacjentów.

Drukarnia Artystyczna, Warszawa, Nowy Świat 47, tel. 635-80, 635-83.